



Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO



Έντυπο αίτησης: Νοικοκυριά ενσωματωμένου δικτύου
(έμμεσης παροχής)

Το παρόν έντυπο προορίζεται για χρήση από δικαιούχα νοικοκυριά σε ενσωματωμένο δίκτυο (έμμεσης παροχής) όπως οικισμό συνταξιούχων, πάρκο τροχόσπιτων ή οικιστικό συγκρότημα με τίτλο strata.

Ποσό έκπτωσης

\$313,50



Πώς να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο

- Το όνομα του αιτούντος πρέπει να είναι το ίδιο με το όνομα στα εξής:
 - λογαριασμός ή τιμολόγιο ηλεκτρικού ρεύματος
 - Αριθμός Μητρώου Πελάτη (CRN) της Services Australia ή Αριθμός του Υπουργείου Υποθέσεων Βετεράνων (DVA)
 - τραπεζικός λογαριασμός.
- Η διεύθυνση πρέπει να είναι ο κύριος τόπος κατοικίας του αιτούντος.
- Χρησιμοποιήστε ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα.
- Συμπληρώστε όλες τις σελίδες.
- Το έντυπο θα πρέπει να συμπληρωθεί στα Αγγλικά.

Στοιχεία αιτούντος

CRN της Services Australia:	
Αριθμός DVA:	
Κύριο όνομα:	
Επώνυμο:	
Όνομα κοινότητας/οικισμού ή αριθμός οικιστικού συγκροτήματος με τίτλο strata:	
Αριθμός οικήματος/διαμερίσματος:	
Διεύθυνση οδού:	
Προάστιο:	
Ταχυδρομικός κώδικας:	
Αριθμός τηλεφώνου για επικοινωνία:	
Διεύθυνση email:	
Ταχυδρομική διεύθυνση (αν διαφέρει από την παραπάνω):	
Προάστιο:	
Ταχυδρομικός κώδικας:	

Στοιχεία τράπεζας αιτούντος

Όνομα τράπεζας:	
Όνομα λογαριασμού: (π.χ. Mr S Smith):	
Αριθμός BSB:	
Αριθμός λογαριασμού:	

Εάν δικαιούστε την έκπτωση, το Γραφείο Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (OECC) της NNO θα καταβάλει την έκπτωση στον λογαριασμό που έχετε παράσχει παραπάνω. Βεβαιωθείτε ότι τα στοιχεία της τράπεζας είναι σωστά. Εάν μας παράσχετε εσφαλμένα τραπεζικά στοιχεία, μπορεί να πληρώσουμε την έκπτωση σε αυτόν τον λανθασμένο λογαριασμό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να μη λάβετε μια πληρωμή της έκπτωσης, εκτός εάν επιστραφούν τα χρήματα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει το κατά πόσον δικαιούστε άλλες εκπτώσεις. Είναι εξ ολοκλήρου δική σας ευθύνη να διασφαλίσετε ότι τα τραπεζικά στοιχεία που παρέχετε σε αυτό το έντυπο είναι σωστά.

Δήλωση και εξουσιοδότηση αιτούντος

Αντιλαμβάνομαι ότι:

- Το OECC θα χρησιμοποιήσει τις Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Επιβεβαίωσης του Centrelink για να επαληθεύσει την επιλεξιμότητά μου για την έκπτωση.
- Πρέπει να συμπεριλάβω ένα αντίγραφο του πιο πρόσφατου λογαριασμού/τιμολογίου ηλεκτρικού ρεύματος με αυτήν την αίτηση.
- Είναι δική μου ευθύνη να διασφαλίσω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και σωστές και θα ειδοποιήσω το OECC για τυχόν αλλαγές στα στοιχεία μου.
- Μπορεί να απαιτηθεί να παράσχω πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητά μου.
- Μπορώ να λάβω την Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO μόνο μία φορά ανά οικονομικό έτος.
- Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο, μπορώ να επιβεβαιώσω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσει την Ειδοποίηση Συλλογής Προσωπικών Δεδομένων (διαθέσιμη στο www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice).
- Σύμφωνα με τον Νόμο περί Ποινικών Αδικημάτων του 1900, η παροχή ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών αποτελεί ποινικό αδίκημα.

Υπογραφή αιτούντος:

Ημερομηνία:

Ιατρική δήλωση

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς που χρησιμοποιεί εξοπλισμό υποστήριξης ζωής:	
Διεύθυνση ασθενούς:	
Αριθμός επικοινωνίας ασθενούς κατά τις εργάσιμες ώρες:	

☐ Συναινώ στην κοινοποίηση των ιατρικών μου αρχείων που σχετίζονται με αυτή την αίτηση στο OECC εάν απαιτείται στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του για τη διαχείριση αυτής της έκπτωσης. Έχω διαβάσει και κατανοήσει την Ειδοποίηση Απορρήτου περί Συλλογής Προσωπικών Δεδομένων για Ενεργειακές Εκπτώσεις.

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Στοιχεία γιατρού

Αυτό το τμήμα πρέπει να συμπληρωθεί από τον γιατρό του ασθενούς.

Όνομα γιατρού:	
Αριθμός παρόχου:	
Όνομα υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση της κατάστασης του ασθενούς (νοσοκομείο/ κλινική/ιατρείο):	
Αριθμός τηλεφώνου της υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):	

Ιατρική αξιολόγηση

Για να πληροί τα κριτήρια για την Ιατρική Ενεργειακή Έκπτωση NNO, ο ασθενής πρέπει να έχει αξιολογηθεί από εγγεγραμμένο γιατρό που τον κουράρει για τουλάχιστον 3 μήνες, όπου ο ασθενής:

- δεν είναι σε θέση να ρυθμίσει ο ίδιος τη θερμοκρασία του σώματός του
- πληροί μία από τις τέσσερις κύριες απαιτούμενες προϋποθέσεις και μία από τις τρεις δευτερεύουσες απαιτούμενες προϋποθέσεις που παρατίθενται στον πίνακα.

Δήλωση γιατρού

Πιστοποιώ ότι ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα αυτορρύθμισης της θερμοκρασίας του σώματός του. Παρακολουθώ τον ασθενή για τουλάχιστον 3 μήνες/αυτός ο ασθενής έχει υποβληθεί σε θεραπεία από την υπηρεσία Royal Flying Doctor Service σε μια απομακρυσμένη και επαρχιακή περιοχή της NNO για τουλάχιστον 3 μήνες, και πληροί τουλάχιστον μία κύρια και μία δευτερεύουσα απαιτούμενη προϋπόθεση, όπως υποδεικνύεται σ’ αυτόν τον πίνακα:

Κύριες απαιτούμενες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Σημειώστε
Δυσλειτουργία αυτόνομου συστήματος (ιατρικές παθήσεις στις οποίες έχει υποστεί βλάβη το αυτόνομο σύστημα, όπως σοβαρός τραυματισμός νωτιαίου μυελού, εγκεφαλικό επεισόδιο, εγκεφαλικό τραύμα και νευροεκφυλιστικές διαταραχές).	☐
Απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος ή απώλεια της ικανότητας εφίδρωσης (π.χ. σημαντικά εγκαύματα μεγαλύτερης έκτασης από το 20% του σώματος, σοβαρές φλεγμονώδεις δερματικές παθήσεις και ορισμένες σπάνιες μορφές διαταραγμένης εφίδρωσης).	☐
Αντικειμενική μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες (π.χ. προχωρημένη σκλήρυνση κατά πλάκας).	☐
Υπερευαισθησία σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες που οδηγεί σε αυξημένο πόνο ή άλλη ενόχληση ή αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών (π.χ. σύνδρομο σύνθετου περιφερειακού πόνου και προχωρημένη περιφερική αγγειοπάθεια).	☐
Δευτερεύουσες απαιτούμενες προϋποθέσεις (επιλέξτε τουλάχιστον μία)	Σημειώστε
Σοβαρή ακινησία, όπως συμβαίνει με την τετραπληγία ή την υψηλού επιπέδου παραπληγία, ιδίως πάνω από τη μέση θωρακική μοίρα (T7), που καταλήγει σε προβλήματα με την αυτορρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος λόγω απώλειας ελέγχου του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.	☐
Αποδεδειγμένη σημαντική απώλεια αυτόνομης ρύθμισης της εφίδρωσης, του καρδιακού ρυθμού ή της αρτηριακής πίεσης.	☐
Αποδεδειγμένη απώλεια φυσιολογικής λειτουργίας ή σημαντική επιδείνωση της κλινικής κατάστασης σε ακραίες περιβαλλοντικές θερμοκρασίες.	☐

☐ Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρασχέθηκαν σ’ αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

☐ Συναινώ να επικοινωνήσει το OECC μαζί μου για να επιβεβαιώσει την ακρίβεια των προσωπικών δεδομένων και των πληροφοριών υγείας που παρασχέθηκαν σε αυτό το έντυπο.

Υπογραφή γιατρού:

Ημερομηνία:

Συναίνεση για να ενεργεί ένα άτομο εκ μέρους σας (προαιρετικό)

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα μόνο εάν θέλετε να ενεργεί κάποιος εκ μέρους σας σε σχέση με αυτή την αίτηση.

Εξουσιοδοτώ τον/την [redacted], με τον οποίο/την οποία μπορείτε

να επικοινωνήσετε τηλεφωνικά στον αριθμό [redacted] ή μέσω

ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο [redacted]

να μιλήσει στο OECC για λογαριασμό μου όσον αφορά την αίτηση αυτή.

Κατανοώ ότι μπορώ να αποσύρω αυτή τη συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας με το OECC στο (02) 8073 9255.

Συναίνεση για επικοινωνία (προαιρετικό)

☐

Συναίνω να επικοινωνήσει το OECC μαζί μου σχετικά με την εμπειρία μου κατά την υποβολή αίτησης για την έκπτωση.

Υποβολή του παρόντος εντύπου

Πριν στείλετε αυτή την αίτηση έχετε:

- Επαληθεύσει ότι όλα τα στοιχεία που έχετε παράσχει είναι σωστά;
- Συμπληρώσει όλα τα τμήματα αυτού του εντύπου;
- Υπογράψει και συμφωνήσει με όλους τους όρους που αναγράφονται στη δήλωση;
- Επισυνάψει αντίγραφο όλων των σελίδων του πιο πρόσφατου ενεργειακού σας λογαριασμού;

Ταχυδρομήστε το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο και ένα αντίγραφο του πιο πρόσφατου λογαριασμού σας ηλεκτρικού ρεύματος στο:

NSW Medical Energy Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124.

Μη χρησιμοποιείτε συνδετήρες ή κολλητική ταινία σε έγγραφα.